In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

La faculte .NET

seek knowledge

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Free database on: www.la-faculte.net published for NON-lucrative use

UNIVERSITE BENYOUCEF BENKHEDDA. FACULTE DE MEDECINE D'ALGER
CHU Mustapha Pacha. Clinique Cardiologique A
Cycle clinique. Module de cardiologie
DR Nabil BENDAOUD

Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA)

Définition : maladie inflammatoire survenant a distance d'une infection des voies aérienne supérieures par le streptocoque bêta hémolytique du groupe A

Epidémiologie : presque disparu dans les pays industrialisés avec une incidence annuelle d'environ 0,5 pour 100 000 habitants, dans les pays en voie de développement son incidence demeure élevée et constitue un problème de santé publique. En Algérie la déclaration obligatoire recense un millier de cas annuellement, certainement sous estimée.

Etiopathogenie :

- Le germe : c'est le streptocoque bêta hémolytique du groupe A qui est un cocci gram positif responsable de nombreuses infections, mais qui parfois est retrouvé dans le gorge chez des porteurs sains.
- L'infection : bien que ce germe est responsable de nombreuses infections c'est exclusivement l'atteinte pharyngée qui peut conduire au RAA.
- L'hôte : c'est souvent des jeunes d'age scolaire vivant dans des conditions de promiscuité,

Physiopathologie : l'infection pharyngé par le streptocoque bêta hémolytique du groupe A déclanche chez certains individus avec une susceptibilité individuel ou après plusieurs infections non traitées une réaction immunitaire exagérée a l'origine des dépôts de complexes immuns au niveau des synoviales des articulations responsables d'une inflammation locale passagère mais plus grave d'une immunité croisée avec les constituant cardiaques et neurologique a l'origine de la cardite et de la chorée.

Diagnostic :

Le diagnostic du RAA repose sur un faisceau d'arguments ; anamnestiques comme la notion d'angine non ou insuffisamment traitée les semaines précédentes, clinique comme la réapparition d'une fièvre avec une arthrite et parfois des signes cutanés ou cardiaques, biologique comme un syndrome inflammatoire ou l'élévation des anticorps témoins de l'infection streptococcique. Mais aucun signe pathognomonique peut a lui seul faire le diagnostic du RAA, d'où la conception par T Duckett JONES en 1944d'une méthode diagnostique basée sur la réunion de critères.

Largement utilisées depuis mais mises a jour en 1992 par l'AHA qui précise que ces critères ne s'applique qu'a la première poussée de RAA et non aux récidives.

Contact us on: facadm16@gmail.com 2015/2016

Critères de JONES « mise à jour A.H.A 1992 »			
Le diagnostic de RAA est porté sur la réunion de deux critères majeurs avec la preuve d'une infection streptococcique préalable ou la réunion d'un critère majeur avec deux critères mineurs et la preuve d'une infection streptococcique préalable			
Critères majeurs	**Critères mineurs**		**Preuve de l'infection streptococcique préalable**
	Cliniques	**Para clinique**	
Polyarthrite **Erythème marginé de Besnier** **Nodules sous cutanés de Meynet** **Cardite** **Chorée de Sydenham**	**Fièvre** **arthralgie**	**Allongement du PR** **VS accélérée** **CRP+**	**Prélèvement de gorge avec test d'identification antigénique rapide positif ou culture positive** **Elévation des taux d'anticorps sériques (ASLO ou anti DNaseB)**

- **Polyarthrite :** lorsqu'une articulation est touchée, elle devient tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse et impotente. Dans le RAA cette polyarthrite est fugace (disparaît du jour au lendemain) et migratrice (passe d'une articulation a l'autre) touchant préférentiellement les grosses articulations comme les genoux, coudes, chevilles.
- **Erythème marginé de Besnier :** exanthème rosé de taille variable sur le tronc ou les racines des membres avec un centre pale et des bordures surélevées (serpigineuses),. Il est fugace, ni prurigineux ni induré
- **Nodules sous cutanés de Meynet :** nodules fermes, indolores sur les faces d'extensions des articulations (coude genou, occiput, dos, …)
- **Cardite :** l'atteinte inflammatoire du cœur peut toucher les trois tuniques (pancardite) mais souvent une seule tunique est atteinte. le péricarde a l'origine d'une péricardite aigue, le myocarde a l'origine d'une myocardite qui se manifeste par une insuffisance cardiaque, une dilatation ventriculaire, des troubles du rythme et de la conduction a l'électrocardiogramme, et d'une hypokinesie globale du ventricule gauche a l'échocardiographie, l'endocarde avec une atteinte des valves (valvulite) a l'origine d'une régurgitation mitrale ou aortique, c'est l'atteinte de cette dernière tunique qui est a l'origine par la suite des valvulopathies dites rhumatismales, les insuffisances valvulaires sont d'emblé sévère ou le deviennent avec le temps ou les récidives. les sténoses se développent plusieurs années après, suite a des processus de cicatrisation entraînants la soudure des commissures.

La cardite est classée en trois catégories en fonction de la sévérité

- Cardite légère : souffle discret, cœur non dilaté, péricardite isolée
- Cardite modérée : souffle intense persistant après la crise, cardiomégalie discrète ICT<0,55
- Cardite sévère : régurgitation mitrale ou aortique a gros débit, cardiomégalie importante ICT>0,55

- **<u>Chorée de Sydenham :</u>** manifestation tardive du RAA caractérisée par des mouvements amples, rapides, involontaires et non coordonnes du tronc et des membres, souvent associés à une faiblesse musculaire et une labilité émotionnelle.

- **<u>La fièvre ;</u>** c'est une fièvre modérée mais persistante qui réapparaît deux a trois semaines après l'angine streptococcique.
- **<u>Les arthralgies :</u>** c'est des douleurs articulaires non accompagnées de la triade inflammatoire classique
- **<u>L'allongement du PR a l'électrocardiogramme :</u>** bien que l'atteinte cardiaque peut se compliquer d'un trouble de la conduction. l'allongement isolée de l'espace PR ne peut être considéré que comme preuve d'une inflammation systémique et non comme preuve d'une cardite
- **<u>L'accélération de la VS (vitesse de sédimentation des érythrocytes) :</u>** témoin de l'inflammation, dans le RAA elle frôle classiquement les 100mm.
- **<u>La positivité de la CRP (C réactive protéine) :</u>** la présence de cette protéine dans le sérum a des taux décelable témoigne avec plus de spécificité de l'état inflammatoire de l'organisme.
- **<u>Présence du streptocoque bêta hémolytique dans la gorge :</u>** détecté par un test antigénique rapide ou après mise en culture constitue une preuve de l'infection streptococcique mais ces examens reviennent souvent négatifs à cause de l'intervalle entre l'infection streptococcique et les premiers signes du RAA
- **<u>L'élévations des anticorps antistreptococcique :</u>**

<u>Les ASLO (antistreptolysine O)</u> : qui apparaissent dans le sérum 10 jours après l'infection streptococcique pour atteindre un pic de concentration a 3 semaines puis chutent en 6 a 8 semaines, en Algérie le seuil de positivité est a partir de 400UI, en cas de négativité le test doit être renouvelé 15 jours plus tard

<u>Les antiDNase B :</u> (anticorps antidesoxyribonuclease B) qui apparaissent dans le sérum 4 semaines après l'infection, atteignent un pic en 6 a 8 semaines et chutent lentement généralement en un an

<u>Formes cliniques :</u>

<u>Syndrome post streptococcique mineur :</u> forme atypique ou les critères majeurs sont absents, c'est soit des poly arthralgies fébriles, une angine fébrile traînante ou des troubles du rythme ou de la conduction

Le diagnostic est porté sur l'association d'une fièvre > a 38,2, d'une VS> a 50mm la première heure ou une CRP positive et une preuve de l'infection streptococcique

Le risque de voir se développer une cardite justifie pour cette forme atypique du même traitement que la crise de RAA.

<u>La récidive :</u> en cas d'antécédent de RAA avéré un seul critère majeur ou simplement plusieurs critères mineurs suffisent pour porter le diagnostic d'une récidive de RAA

<u>Cardite insidieuse tardive (torpide) :</u> c'est la découverte d'une cardite évoluant a bas bruit avec syndrome inflammatoire biologique mais sans signes articulaires.

<u>Diagnostic différentiel :</u>

<u>Devant une fièvre avec souffle :</u> endocardite infectieuse

<u>Devant une polyarthrite :</u> purpura rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, arthrite chronique juvénile,

Traitement :

Traitement curatif :

- Hospitalisation et mise au repos
- Antibiothérapie : même si les manifestations cliniques de la pharyngite ont disparus le traitement antibiotique reste indiqué

-Benzathine-benzyl pénicilline : une injection intramusculaire de 600 000 UI si le poids est <30kg et 1 200 000 UI si le poids dépasse les 30kg
-Pénicilline V (50 a 100 000 UI/kg/j sans dépasser 3 millions d'UI par jour) par voie orale en trois prises et pendant dix jours en cas de contre indication a l'injection intramusculaire
-Erythromycine (30 a40mg/kg/j) par voie orale en deux prises pendant dix jours en cas d'allergie a la pénicilline

- Traitement anti-inflammatoire : les corticoïdes sont préférés a l'aspirine

-Corticoïdes : prédnisone par voie orale et en deux ou trois prises aux milieux des repas
Posologie ; Phase d'attaque ; 2mg/kg/j sans dépasser 80mg/j
Phase d'entretien : dégression des doses par pallier de 5mg chaque semaine
Durée: RAA sans cardite : deux semaines d'attaque et 6 semaines d'entretien
RAA avec cardite légère ou modérée : 3 semaines d'attaque et 6 semaines d'entretien
RAA avec cardite sévère : 3 semaines d'attaque et 9 semaines d'entretien

- Surveillance :

-Examen clinique quotidien avec prise de la température, et examen cardiaque et neurologique ainsi que la prise de poids et de la pression artérielle
-Une VS hebdomadaire jusqu'à sa normalisation en générale en deux semaines puis chaque 15 jours jusqu'à l'arrêt du traitement
-Un ECG et un Echodoppler cardiaque au début et a la fin du traitement puis 6 mois après a la recherche d'une valvulopathie séquellaire

- Situations particulières :

La chorée (halopéridol a 0,2 mg/kg/j)
Si syndrome inflammatoire contemporain (antibiothérapie et corticothérapie)
En l'absence de syndrome inflammatoire (juste une antibiothérapie)

L'insuffisance cardiaque : traitement classique de l(insuffisance cardiaque)

Le rebond ; la reprise du syndrome inflammatoire biologique (VS ou CRP) durant la phase d'entretien ou a sa fin (adjoindre l'aspirine a 100mg/kg/j durant quelques jours) ou (prolonger la phase d'entretien d'une ou deux semaines.

La reprise : réapparition du syndrome inflammatoire clinique et biologique (reprendre la dose d'attaque durant une semaine puis dégression en quelques semaines)

Traitement prophylactique :

- **Prophylaxie primaire :** l'attitude recommandée par le programme national de lutte contre le RAA est le traitement de tout angine par une injection de benzathine-benzyl pénicilline a la dose de 600 000UI (<30kg) ou 1 200 000 UI (>30kg), PENI V per os

Free database on: www.la-faculte.net published for NON-lucrative use

durant 10jours si contre indication de la voie intramusculaire, érythromycine per os pendant 10jours en cas d’allergie a la pénicilline

L’OMS propose elle une stratégie diagnostique distinguant une angine streptococcique (30% des angines) et une angine virale (70% des angines)

Caractéristiques cliniques	streptococcique	Non streptococcique
Age	Souvent 5 – 15 ans	A tout age
Mode d’apparition	Soudaine	Graduellement
Symptômes initiaux	Gorge irritée avec déglutition douloureuse	Gorge moyennement irritée
Fièvre	élevée >38	Pas très élevée
Apparence de la gorge	Rougeur, congestion, oedeme, exsudat (taches jaunes) augmentation du volume des amygdales	Simple rougeur du pharynx
Autres signes	Sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs Erosion scrabbleuses au bord des narines Tableau de scarlatine	Toux Enrouement Sécrétion nasale aqueuse conjonctivite

- **Prophylaxie secondaire :**

Antibiothérapie antistreptococcique prolongée :

Benzathine-benzyl pénicilline (600 000 UI « <30kg » 1 200 000 UI « > 30kg ») une injection intramusculaire chaque 21 jours

PENI V 500 000 UI /j en deux prises quotidienne (si contre indication de l’IM)

Erythromycine 200mg/j en deux prises quotidienne (si allergie a la pénicilline)

Durée : -Après un RAA sans cardite :

Minimum 5 ans ou jusqu’a l’age de 21ans

-Apres un RAA avec cardite mais sans cardiopathie rhumatismale séquellaire :

Minimum 10 ans ou jusqu'à l’age de 25 ans

-Apres un RAA avec cardite et cardiopathie rhumatismale séquellaire :

Minimum 10 ans ou jusqu'à l’age de 40ans, parfois a vie.

Remarques : En Algérie et suivant le programme national de lutte contre le RAA

- toute unité de soins de base des secteurs sanitaires devrait disposer de la benzathine-benzyl pénicilline afin d’organiser la prophylaxie primaire et secondaire a titre gracieux
- le RAA est une maladie a déclaration obligatoire et prise en charge hospitalière.

Contact us on: facadm16@gmail.com 2015/2016